

# ANALISIS PEMBIAYAAN PROGRAM KESEHATAN IBU DAN BAYI DI KABUPATEN/KOTA

Ni Ketut Aryastami<sup>1</sup>, Ratih Ariningrum<sup>1</sup>

## ABSTRACT

*The Ministry of Health had set target it and obligatory for minimum health standard (KW-SPM) that has to be implemented in each district/municipality. Maternal and neonatal health (MNH) services is one of the services in district health system that has to be delivered by puskesmas to improve the maternal and neonatal health towards reducing the maternal and neonatal mortality. It was a cross sectional study on health policy and financing. The study was conducted in three districts/municipality, namely Badung District, Bali; Tanah Datar District, West Sumatera and Kupang Municipality in East Nusa Tenggara. Time of the study was February to November 2006. Results showed that the highest allocation of budgetting according to the district health competency was for basic health services, the preventions of communicable diseases, and nutrition program. Budget allocation for investation in maternal and neonatal health was relatively low, only 2–7%, except for Badung District that was 47.2%. The allocated budget for the basic health services has a similar pattern among the areas under study, except for Tanah Datar District, the proportion of operational costs for immunization seem lower than two other districts. There gap between budget allocation and budget necessity. The budget was hardly used to serve the community. Indirect budget, most of provided for staff trainings, building capacity, as well as facility improvements. Per capita allocation for MNH varied among the districts/municipality. Badung District got the lowest (Rp. 20,000) per capita allocation, albeit it had the highest fiscal capacity; meanwhile Tanah Datar District, the middle fiscal capacity had the highest (Rp. 47,000). Kupang Municipality, the lowest fiscal capacity had the middle per capita allocation, which was Rp. 40,000. According to the health services function, the proportion allocating for training was the highest, more than 70% (Kupang and Tanah Datar Districts), and basic health services achieving 50% of the budget was in Badung. In conclusion, budget allocation was varied among the districts, the proportion was burden to public administration and only small part for the operational. Of the total health budget, the highest proportion or 30–35% was financing to the MNH programs. Unfortunately, the allocation was not so specified, distributed to other programs and tended for routine activities.*

**Key words:** *Optimalization, budget allocation, maternal and neonatal health, financing.*

## PENDAHULUAN

Desentralisasi merupakan strategi dasar menuju Indonesia Sehat 2010. Undang-undang No. 32 Tahun 2004 yang mengatur otonomi daerah dan Undang-undang 33 Tahun 2004 tentang perimbangan keuangan antara pusat dan daerah secara luas menyerahkan fungsi pelayanan publik ke tingkat kabupaten/kota. Berpijak kepada kedua undang-undang tersebut, maka pemerintah pusat (Departemen Kesehatan) telah menata kewenangan dalam bidang kesehatan mulai dari tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota. Keputusan Menteri Nomor 1457 Tahun 2003

merupakan dokumen pendukung yang mengatur tentang Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan di Kabupaten/kota; memuat 47 jenis indikator wajib dan 7 jenis indikator spesifik lainnya (Depkes RI, 2003).

Kebutuhan dan ketersediaan anggaran di daerah sangat tergantung dari kemampuan daerah dan komitmen politik pemerintah daerah dan DPR. Secara bertahap, pembiayaan kesehatan bersumber pemerintah dapat diupayakan sebesar 15% dari APBN dan APBD (Depkes RI, 2006). Namun, banyak studi yang menyatakan bahwa alokasi anggaran kesehatan

<sup>1</sup> Puslitbang Sistem dan Kebijakan Kesehatan, Jl. Percetakan Negara 23 A, Jakarta 10560

Korespondensi: Ni Ketut Aryastami

Puslitbang Sistem dan Kebijakan Kesehatan,

Jl. Percetakan Negara 23 A, Jakarta 10560

Email: aryastami@hotmail-com

di daerah masih sangat rendah dan bahkan jauh lebih rendah dari ketetapan tersebut.

Penelitian ini secara spesifik mempelajari upaya kesehatan ibu dan bayi tahun 2005 dengan melihat permasalahan dan tingkat pencapaian program (cakupan) kesehatan ibu dan bayi berdasarkan enam indikator yang disebutkan dalam KW-SPM, yang termasuk dalam jenis kewenangan pelayanan kesehatan dasar (KW-1), dengan jenis pelayanan (JP-1) jenis pelayanan kesehatan ibu dan bayi meliputi enam indikator, sebagai berikut: 1) cakupan kunjungan ibu hamil, 2) cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, 3) cakupan ibu hamil risiko tinggi yang dirujuk, 4) cakupan kunjungan neonatus, 5) cakupan kunjungan bayi, 6) cakupan bayi berat lahir rendah yang ditangani. Semua variabel yang tercakup dalam pelayanan untuk kewenangan wajib ini yang diidentifikasi dari kegiatan di masing-masing jenis pelayanan kemudian dipilah dan dihitung (*costing*), antara lain meliputi: pendataan ibu hamil, pelayanan antenatal (ANC), pelayanan persalinan, perawatan nifas, kunjungan ibu hamil risiko tinggi, rujukan ibu hamil risiko tinggi dengan perdarahan, transport tenaga pendamping rujukan, transport petugas kunjungan neonatus, transport petugas untuk kunjungan bayi, pelayanan rujukan BBLR, pelatihan-pelatihan, pelaporan, monitoring dan evaluasi, termasuk komponen biaya investasi yang telah dikeluarkan dalam kegiatan pelayanan kesehatan ibu dan bayi.

Topik ini diambil dengan alasan bahwa angka kematian ibu dan bayi masih tinggi, serta merupakan salah satu target prioritas pemerintah (Departemen Kesehatan), sehingga penelitian ini dapat memberikan informasi mengenai alokasi dan realisasi anggaran kesehatan ibu dan bayi tahun 2005 di kabupaten/kota, proporsi dana untuk kegiatan program kesehatan ibu dan bayi terhadap total anggaran kesehatan di kabupaten/kota, alokasi biaya operasional dan biaya investasi dalam kegiatan dan pelaksanaan program kesehatan ibu dan bayi. Studi ini juga memberikan informasi mengenai ketersediaan dan kebutuhan anggaran untuk program kesehatan ibu dan bayi di kabupaten/kota; dan memberikan teknologi operasional dalam pengalokasian dan pendistribusian anggaran. Melalui analisis ini pula diketahui *gaps* yang masih menjadi kendala dan alternatif pemecahan masalah yang sesuai dengan temuan lapangan.

## METODE

Studi ini adalah suatu studi evaluasi anggaran dan pembiayaan kesehatan di tingkat kabupaten/kota khususnya anggaran program kesehatan ibu dan bayi dengan menggunakan standar pelayanan minimal (SPM) sebagai dasar penghitungan.

Disain yaitu studi potong lintang dengan pendekatan analitik yaitu memotret kebutuhan dan ketersediaan anggaran kesehatan (program kesehatan ibu dan bayi) tahun 2005.

Sampling dilakukan secara purposif dengan kriteria zona kewilayahan; yaitu Indonesia Timur, Indonesia Tengah dan Indonesia Barat, dan kapasitas fiskal (Mulyani, 2005) tinggi, sedang, dan fiskal rendah untuk kabupaten/kota. Untuk itu telah ditetapkan: Indonesia Timur yaitu Kota Kupang dengan kapasitas fiskal rendah, Indonesia Tengah yaitu Kabupaten Badung dengan kapasitas fiskal tinggi, Indonesia Barat yaitu Kabupaten Tanah Datar dengan kapasitas fiskal sedang.

Data dikumpulkan dari arsip di kantor Dinas Kesehatan dan Puskesmas, dan Polindes atau Puskesmas Pembantu. Data primer dikumpulkan melalui wawancara terarah dengan kepala dan staf Dinas Kesehatan, kepala dan staf puskesmas dan bidan di puskesmas pembantu/polindes. Data sekunder berupa Daftar Alokasi Satuan Kerja (DASK) 2006, Laporan rutin program/proyek, Dana Alokasi Umum (DAU) dan dekonsentrasi.

Instrumen penelitian berupa kuesioner yang digunakan untuk wawancara dengan kepala dan staf Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, instrumen (*template 'costing'*) untuk perhitungan kebutuhan biaya kesehatan ibu dan bayi, termasuk kebutuhan per kapita; dan instrumen *District Health Account* (DHA) yang sudah diadaptasi untuk menghitung alokasi anggaran kegiatan kesehatan ibu dan bayi yang bersumber dari Daftar Alokasi Satuan Kerja (DASK) 2005.

## Analisis data

Data primer dari hasil wawancara dianalisis, diinterpretasikan dan disajikan dalam bentuk narasi sebagai pendukung informasi dan sintesis terhadap situasi di lapangan. Selanjutnya hasil pengolahan ini disajikan sebagai pelengkap analisis kuantitatif dan analitik yang diperoleh berdasarkan perhitungan DHA.

Untuk menghitung alokasi anggaran, data sekunder yang bersumber dari DASK 2005 diolah dengan cara menguraikan kegiatan kedalam program-program yang sesuai dengan pengalokasian anggaran. Dalam hal ini banyak digunakan asumsi, misalnya, anggaran yang digunakan untuk promosi kesehatan akan didistribusikan kedalam berbagai kegiatan yang bersifat promosi (terdapat sepuluh komponen yang harus disertakan sesuai panduan yang tertulis dalam kebijakan program promosi kesehatan Departemen Kesehatan RI). Analisis dilakukan berdasarkan peruntukan dana yang sesungguhnya di lapangan, karena berdasarkan kenyataan, alokasi yang tertulis dalam DASK kurang spesifik dan tidak secara langsung mengacu kepada kegiatan berdasarkan Jenis Pelayanan sesuai dengan ketentuan KW-SPM. Data ini diolah dengan menggunakan instrumen DHA yang sudah diadaptasi, hanya meliputi alokasi anggaran untuk Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, TANPA menghitung anggaran yang dialokasikan untuk kegiatan di Rumah Sakit

Untuk menghitung kebutuhan anggaran, digunakan data tentang kependudukan, epidemiologis, cakupan kegiatan pelayanan kesehatan ibu dan bayi, serta unit cost untuk harga obat dan biaya operasional, termasuk biaya supervisi, pelatihan petugas, dan lain-lain. Data ini diolah dengan menggunakan *instrument costing* yang secara spesifik untuk kegiatan kesehatan ibu dan bayi.

Selanjutnya dilakukan sintesis berdasarkan hasil analisis kedua instrumen tersebut, dengan membandingkan ketersediaan anggaran antar Kewenangan Wajib (KW), antar Jenis Pelayanan (JP) dalam Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Dasar, dan distribusi anggaran berdasarkan indikator kinerja dalam Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi. Sintesis dilakukan untuk melihat *gaps* atau kesenjangan antara kebutuhan dan ketersediaan anggaran di masing-masing kabupaten/kota. Analisis juga dilakukan untuk membandingkan alokasi antar kabupaten/kota untuk ketiga wilayah studi yang ditentukan berdasarkan kapasitas fiskal 2004 dan kewilayahan (Indonesia Barat, Tengah, Timur).

## HASIL

Sumber-sumber dana untuk pembangunan kesehatan di daerah kabupaten/kota yang tertuang dalam DASK, yang pada dasarnya berasal dari

pendapatan asli daerah (PAD) yang terdiri dari hasil pajak daerah, hasil retribusi, hasil-hasil dari perusahaan dan pengelolaan kekayaan daerah serta pendapatan lainnya yang sah termasuk pinjaman luar negeri yang telah disetujui oleh pemerintah pusat dan DPRD (Malik, 2005). DASK merupakan sumber informasi utama dalam studi ini untuk mengetahui besarnya anggaran yang dialokasikan untuk pembangunan kesehatan di kabupaten/kota. Dokumen ini berisi pengalokasian anggaran untuk kegiatan rutin (administrasi umum: gaji dan pengeluaran rutin lainnya) dan pembangunan, berupa alokasi untuk operasional kegiatan dan investasi (sarana maupun gedung).

### 1. Alokasi dan realisasi anggaran kesehatan tahun 2005

Untuk mendukung kebijakan program kesehatan tahun 2005, secara umum telah dialokasikan anggaran oleh pemerintah lokal (kabupaten/kota) yang besarnya sangat bervariasi seperti terlihat dalam Tabel 1.

**Tabel 1.** Alokasi anggaran pembangunan kesehatan, di 3 Kabupaten/Kota Tahun 2005/2006

Kabupaten/ kota	% terhadap APBD		Anggaran/ kapita (Rp)	
	2005	2006	2005	2006
Kabupaten Badung	3,5	3,9	62.728	64.956
Kabupaten Tanah Datar	7,5	7,3	58.162	88.767
Kota Kupang	3,9	5,4	37.092	62.813

Total anggaran kesehatan berbeda antar kabupaten/kota di ketiga wilayah studi. Ternyata tidak ada pengaruh tingkat kapasitas fiskal terhadap besarnya alokasi anggaran kesehatan, baik secara nominal maupun persentasenya. Alokasi anggaran pembangunan kesehatan untuk Kabupaten Tanah Datar tampak paling tinggi dibandingkan kedua wilayah lainnya. Berdasarkan tingkat kapasitas fiskal, kabupaten Tanah Datar menempati posisi dengan kapasitas fiskal sedang, dan Kota Kupang menempati posisi kapasitas fiskal rendah. Namun dalam kenyataannya, alokasi anggaran yang tersedia untuk pembangunan kesehatan di Kabupaten Badung memiliki persentase yang paling kecil, walaupun dalam kapasitas fiskal menempati posisi yang tinggi.



**Tabel 2.** Alokasi anggaran berdasarkan jenis belanja, di 3 Kabupaten/Kota, Tahun 2005

Kabupaten/kota	DASK	ADUM	Operasional + Investasi
Badung	9.751.261	3.095.438	6.655.823
Tanah Datar	18.211.743	15.258.047	2.953.696
Kupang	8.818.318	8.180.982	637.336

Jenis belanja dan proporsi anggaran sangat berbeda antar wilayah maupun antar jenis belanja. Anggaran Dinas Kesehatan di Kabupaten Badung dengan kapasitas fiskal tinggi tampak hanya separuh dari kabupaten Tanah Datar. Namun demikian, alokasinya untuk pembelanjaan administrasi umum (gaji dan belanja aparatur) jauh lebih rendah dari Kabupaten/Kota yang mempunyai kapasitas fiskal lebih rendah. Sebaliknya, pembelanjaan untuk kegiatan pembangunan kesehatan (operasional dan investasi) tampak paling tinggi dibandingkan kedua wilayah lainnya.

Klasifikasi pengeluaran anggaran menurut fungsi pelayanan kesehatan dalam instrumen DHA dikelompokkan menjadi 12 item dan dalam analisis ini diringkas sesuai dengan proporsi terbesar yang dialokasikan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/kota seperti tampak pada Tabel 3.

Hasil analisis menunjukkan anggaran tahun 2005 sebagian besar teralokasi untuk fungsi training. Hal ini tampaknya terkait dengan dampak kebijakan desentralisasi, dimana semua kabupaten/kota berusaha untuk mempersiapkan kapasitas sumber daya manusianya. Dari Tabel 3 juga

**Tabel 3.** Proporsi Anggaran Menurut Fungsi Yankes, di 3 Kabupaten/Kota, Tahun 2005

Fungsi	Badung	Tanah Datar	Kupang
Promotif-preventif	9	2.4	10.4
Obat	0.6	0.6	7.4
Training	25.9	72.3	82.2
Investasi & pemeliharaan	64.2	4.9	0
Lain-lain	0	19.8	0
Total	100	100	100

tampak bahwa hanya Kabupaten Badung yang mempunyai cukup alokasi untuk investasi sarana dan pemeliharaan. Masih banyak fungsi-fungsi yang tampaknya belum mendapat prioritas dan alokasi secara merata.

## 2. Proporsi Anggaran Program Kesehatan Ibu Bayi Kabupaten/Kota

Program kesehatan ibu dan bayi tidak dapat dilihat hanya dari jenis pelayanan kesehatan ibu dan bayi saja, tetapi harus diperhitungkan pula enam jenis pelayanan/indikator lainnya yang terkait dengan kesehatan ibu dan bayi. Program tersebut adalah program yang memiliki daya ungkit terhadap keberhasilan penurunan AKI dan AKB. Program dimaksud adalah pelayanan KB, pelayanan imunisasi, pelayanan gizi, PONED/K, pemberian ASI eksklusif dan pelayanan farmasi.

**Tabel 4.** Anggaran Program KIB berdasarkan jenis pelayanan Tahun 2005, di 3 Kabupaten/Kota, Tahun 2005

Jenis Pelayanan	Badung	Tanah Datar	Kupang
Yan. Ibu dan Bayi	934.128	2.089.249	952.116
Yan. KB	185.437	341.948	196.315
Yan. Imunisasi	619.453	402.074	181.201
Yan. Gizi	688.753	1.441.995	546.511
Yan. PONED/PONEK	314.046	676.307	342.402
ASI eksklusif	154.243	347.183	146.337
Yan. Farmasi	541.439	999.631	292.175
JMLH ANGGARAN	3.437.500	6.292.386	2.657.058
TOTAL DASK	9.751.261	18.211.743	8.818.318
% THDP. DASK	35,3%	35%	30%

Hasil analisis berikut menunjukkan besarnya alokasi anggaran terkait program KIB di ketiga wilayah studi dan persen terhadap total anggaran.

Secara nominal total anggaran pelayanan ibu dan bayi di kabupaten Tanah Datar terbesar, karena total anggaran keseluruhan terbesar dibandingkan dengan dua daerah lainnya. Proporsi anggaran program KIB terhadap total anggaran hampir sama besar untuk ketiga wilayah, berkisar antar 30–35,5%. Proporsi terbesar lainnya adalah untuk program Gizi. Proporsi untuk program-program lainnya tampak bervariasi antar wilayah studi.

### 3. Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu Bayi

Keberhasilan pelayanan kesehatan ibu dan bayi dapat dinilai dari sedikitnya enam indikator kinerja, yaitu: cakupan kunjungan antenatal (K4), cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, rujukan terhadap ibu hamil risiko tinggi, cakupan kunjungan neonatus, cakupan kunjungan bayi dan cakupan bayi BBLR yang ditangani.

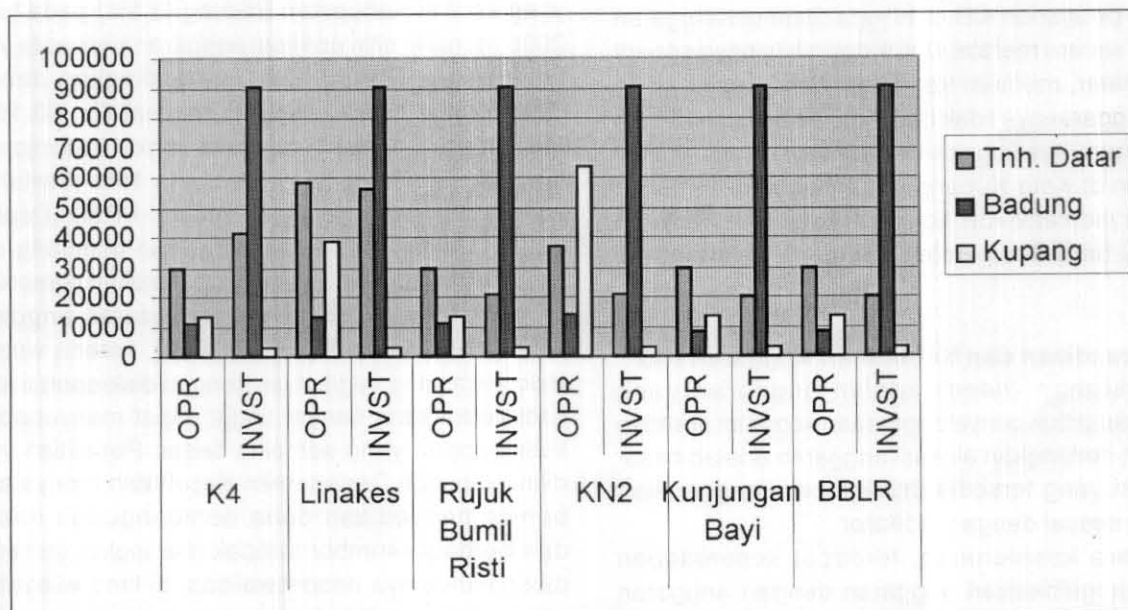
Kabupaten Badung memiliki cakupan tertinggi untuk semua jenis pelayanan kesehatan ibu dan bayi diantara ketiga wilayah studi, kecuali untuk kunjungan bayi. Tampaknya ada *under-reporting* untuk kunjungan. Hasil wawancara, menunjukkan

**Tabel 5.** Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi di 3 Kabupaten/Kota, Tahun 2005

Indikator	% pencapaian Tahun 2005			Target I.S 2010 (%)
	Badung	Tanah Datar	Kupang	
K4	83,4	76,8	74,6	95
Linakes	87,3	82,6	83,9	90
Rujukan	7,3	30,4	0	100
Bumil Risti				
KN2	91,2	81,4	81,3	90
Kunjungan Bayi	9,0	67,1	13,12	90
BBLR ditangani	100	72,7	100	100

Ket: Kunjungan ibu hamil triwulan

bayi (usia 0–12 bulan) ke fasilitas kesehatan termasuk dalam kegiatan Posyandu. Umumnya kunjungan bayi tergabung dalam kegiatan bulanan posyandu termasuk untuk kegiatan penimbangan dan imunisasi. Namun demikian, ketika informasi cakupan untuk kunjungan bayi ditanyakan di Dinas Kesehatan, petugas/bidan tidak dapat menunjukkan angka cakupan secara tepat, kecuali dari data cakupan indikator yang mereka telah buat sebagai laporan keberhasilan kegiatan tahun 2005.



**Grafik 1.** Perbandingan alokasi anggaran pelayanan kesehatan ibu dan bayi

**Tabel 6.** Analisis Kebutuhan dan Alokasi Anggaran, di 3 Kabupaten/Kota Tahun 2005

Indikator	Badung		Tanah Datar		Kupang	
	Kebutuhan	Alokasi	Kebutuhan	Alokasi	Kebutuhan	Alokasi
Cakupan Ibu Hamil	823.730	11.237	1.040.204	29.652	332.243	13.278
Pertolongan Linakes	333.549	13.689	585.000	58.416	361.009	38.642
Rujukan Bumil Risti	518	11.237	4.494	29.652	111.120	13.278
Cakupan KN2	4.825	13.738	4.672	37.240	105.120	63.506
Cakupan Kunjungan Bayi	299	8.506	17.329	29.452	36.057	13.278
Cakupan BBLR	237	8.506	496	29.452	10.670	13.278
Total	1.163.158	66.913	1.652.195	213.864	956.219	155.262

#### 4. Alokasi Biaya Operasional dan Biaya Investasi Program KIB

Alokasi anggaran pembangunan kesehatan dibedakan atas anggaran operasional dan anggaran untuk investasi. Gambar berikut memberikan informasi tentang besaran alokasi yang digunakan untuk kegiatan kesehatan ibu dan bayi sesuai dengan indikator yang telah ditetapkan.

Kabupaten Badung memiliki anggaran terbesar untuk kegiatan investasi di setiap indikator, sementara kabupaten Tanah Datar memiliki anggaran terbesar untuk operasional hampir untuk setiap indikator, kecuali indikator kunjungan neonatus. Besarnya anggaran investasi untuk setiap indikator di Kabupaten Badung rata-rata sama. Hal tersebut disebabkan tidak adanya alokasi anggaran yang spesifik terhadap kegiatan pelayanan KIB, sehingga distribusi anggaran tersebar secara merata. Untuk daerah lainnya seperti Tanah Datar, memiliki kegiatan yang spesifik yang besar anggarannya tidak dapat didistribusikan secara merata, misalnya kegiatan lomba bayi sehat. Alokasi anggaran di Kota Kupang untuk kegiatan investasi di setiap indikator KIB tidak besar karena kegiatan investasi banyak diperoleh dari dana bantuan luar negeri.

#### 5. Ketersediaan dan Kebutuhan Anggaran KIB

Kebutuhan (*need*) adalah anggaran yang dibutuhkan untuk penyelenggaraan kegiatan di setiap indikator; sedangkan alokasi anggaran adalah besar anggaran yang tersedia untuk menyelenggarakan kegiatan sesuai dengan indikator.

Secara keseluruhan, terdapat kesenjangan antara pengalokasian anggaran dengan anggaran yang dibutuhkan. Kesenjangan tersebut sangat bermakna sehingga kemungkinan akan menjadi

kendala dalam pelaksanaan program di lapangan. Namun, jika dilihat dari indikator rujukan bumil risti, KN2, kunjungan bayi dan BBLR, alokasi dana yang disediakan lebih besar dari dana yang dibutuhkan di kabupaten Badung dan Tanah Datar. Perlu dibuat analisis mengenai anggaran yang dibutuhkan dalam menyusun perencanaan dan anggaran, baik melalui realokasi, ataupun penambahan anggaran sehingga anggaran yang dialokasikan sesuai dengan anggaran yang dibutuhkan.

#### PEMBAHASAN

Persen alokasi anggaran terhadap total APBD, seperti yang telah disepakati secara nasional, ternyata memiliki arti yang berbeda untuk kabupaten. Persentase yang kecil di Kabupaten Badung (3,5%) pada tahun 2005 memiliki nilai nominal anggaran perkapita yang lebih tinggi (Rp. 62.728,-) dibandingkan dengan Tanah Datar (7,5%) dengan nominal Rp. 58.162,-. Melihat situasi seperti ini, maka tingkat kesenjangan tampak masih tinggi dari rencana 15% (bertahap) yang diupayakan melalui APBN dan APBD (Depkes, 2006). Melihat situasi tersebut, dan ditunjang oleh hasil-hasil penelitian sebelumnya, patokan persentase tidak tepat untuk menentukan besaran anggaran kesehatan daerah (Pranoto, 2006), karena wilayah Indonesia yang begitu luas dengan diskrepansi antar kabupaten yang sangat tinggi dapat menyebabkan kesenjangan yang semakin besar. Penelitian yang dilakukan oleh Departemen Kesehatan menyatakan bahwa penyediaan dana pembangunan daerah dari berbagai sumber tampak meningkat semenjak diberlakukannya desentralisasi di lima wilayah uji coba, namun perubahan proporsinya terhadap dana kesehatan daerah tampak tidak bermakna (Badan



Litbang Depkes RI, 1999). Untuk itu perlu ditetapkan suatu kebijakan yang mendasar dan disesuaikan dengan tingkat ekonomi masyarakat secara regional; misalnya dengan menetapkan anggaran kesehatan perkapita. Untuk mengetahui besaran anggaran yang dibutuhkan, dianjurkan Daerah melakukan analisis pembiayaan kesehatan. Instrumen untuk *Health Account* sudah dikembangkan oleh WHO.

Alokasi anggaran berdasarkan jenis belanja tidak terpengaruh oleh status kapasitas fiskal yang disandang oleh kabupaten/kota. Penggunaan anggaran di kabupaten Badung sudah sangat maksimal dan efisien dibandingkan dengan kedua wilayah studi lainnya. Anggaran yang digunakan untuk kebutuhan administrasi umum hanya sepertiga dari total DASK dan hanya separuh dari dana operasional dan investasi. Sebaliknya, untuk kabupaten Tanah Datar dan Kupang, alokasi anggaran banyak terbebani dalam kegiatan administrasi umum. Sebagai ilustrasi bahwa, mutu pelayanan kesehatan tidak hanya dipengaruhi oleh besarnya anggaran DASK, tetapi perlu adanya keseimbangan dalam pengalokasian. Penggunaan anggaran untuk biaya operasional termasuk dalam upaya peningkatan pelayanan yang diklasifikasikan dalam *direct cost* akan membawa dampak positif terhadap optimalisasi penggunaan anggaran kesehatan di kabupaten/kota.

Berbagai faktor dapat dipertimbangkan dalam efisiensi penggunaan anggaran seperti yang tampak di Kabupaten Badung, antara lain: kinerja pegawai sudah sangat tinggi (juga diketahui dari hasil wawancara), tanggung jawab sosial dari para petugas yang sudah di "doktrin" bahwa memberikan pelayanan secara maksimal merupakan tugas profesi kesehatan, sehingga ada tidak ada biaya transportasi, kegiatan harus tetap berjalan. Selanjutnya, faktor politis, dimana Kabupaten Badung sudah dianggap kabupaten mampu sehingga jarang ada bantuan yang dialokasikan dari pusat dan donor. Sedangkan untuk Kota Kupang, hampir seluruh anggaran teralokasi untuk administrasi umum, hanya sebagian kecil untuk kegiatan operasional, bahkan berdasarkan hasil analisis, tidak ada alokasi anggaran untuk investasi pada tahun 2005.

Alokasi anggaran berdasarkan fungsi pelayanan kesehatan untuk upaya promotif dan preventif sangat kecil (berkisar antara 2,4–10,4%) untuk ketiga wilayah

kabupaten/kota (lihat tabel 3). Sebaliknya, alokasi anggaran untuk training memiliki proporsi terbesar 72,3–82,2%, kecuali untuk kabupaten Badung (25,9%). Upaya promotif dan preventif dalam analisis ini dikelompokkan kedalam pengeluaran langsung (anggaran yang kegiatannya langsung dirasakan oleh masyarakat), sebaliknya pengeluaran untuk training dan investasi serta administrasi lainnya dikelompokkan kedalam pengeluaran tidak langsung. Dengan demikian alokasi anggaran untuk kegiatan yang langsung dirasakan manfaatnya oleh masyarakat sangat kecil, sehingga menjadi suatu pertimbangan dimasa mendatang untuk menata ulang mekanisme pembiayaan, khususnya alokasi untuk *public services* (SMERU, 2002). Kajian Ascobat Gani menyebutkan bahwa alokasi anggaran kesehatan untuk kegiatan langsung sebesar 30% dan tidak langsung sebesar 70% masih perlu dipertanyakan. Selanjutnya, sebagian besar dana habis digunakan untuk kegiatan pembangunan fisik, yang tentunya kurang cocok dengan kondisi kesehatan masyarakat yang masih perlu diprioritaskan (Sunjaya, 2006).

Kebutuhan dan alokasi anggaran untuk pelayanan kesehatan bayi dan ibu hamil memiliki kesenjangan yang sangat tinggi. Melihat kondisi tersebut, tampaknya upaya pencapaian *Millenium Development Goals* dalam hal menurunkan angka kematian bayi dan meningkatkan derajat kesehatan ibu akan sulit tercapai. Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan misalnya, membutuhkan biaya yang hampir sama untuk ketiga wilayah studi, yakni sekitar Rp. 350.000 ternyata alokasinya sangat bervariasi dari Rp. 67.000 – Rp. 213.864. Angka-angka tersebut tampak kurang relevan, karena alokasi yang rendah (Kabupaten Badung) memiliki tingkat pencapaian indikator yang paling tinggi (87,3%), sedangkan untuk kabupaten Tanah Datar, pencapaian hanya mencapai 83,9%, meskipun alokasinya mencapai tiga kali lipat dibandingkan dengan kabupaten Badung. Seperti studi sebelumnya, analisis ini menunjukkan bahwa sistem kesehatan kabupaten/kota tidak dapat memberikan respons secara optimal terhadap kebutuhannya; antara lain kualitas dan distribusi sumberdaya kesehatan dalam menetapkan prioritas penggunaan anggaran kesehatan dan menghitung satuan biaya pelayanan kesehatan yang sebenarnya (Kosen, 2000).

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

Ketersediaan anggaran kesehatan di kabupaten/kota berbeda dan tidak berkaitan dengan tingkat kesejahteraan masyarakat di kabupaten/kota tersebut berdasarkan kapasitas fiskal. Jumlah anggaran kesehatan yang dialokasikan relatif kecil (dibandingkan dengan kesepakatan nasional 15% dari APBD), alokasi untuk biaya operasional masih rendah, alokasi untuk upaya promotif dan preventif serta yang bersifat pelayanan langsung kepada masyarakat relatif kecil. Sebagian besar anggaran teralokasi untuk kegiatan *training*. Prosentase anggaran untuk penyelenggaraan program terkait kesehatan ibu dan bayi cukup besar, tetapi distribusinya tampak tidak merata dan timpang tindi, serta semata-mata untuk kegiatan operasional dengan alokasi untuk kegiatan investasi yang sangat kecil.

### Saran

Untuk dapat mengoptimalkan anggaran, maka perlu dilakukan realokasi dan perencanaan anggaran dari bawah (*bottom up planning*), terpadu (antar kegiatan program dan anggaran), dilakukan pemetaan terhadap kemampuan daerah untuk menjamin pemerataan, sehingga dapat dilakukan subsidi ataupun prioritas terhadap daerah yang kurang mampu. Patokan persentase yang telah ditetapkan saat ini tampak kurang tepat, karena akan menjadi pemborosan untuk daerah yang kaya dan beban bagi daerah miskin. Untuk itu, kemampuan Dinas Kesehatan Kabupaten/kota dalam membuat analisis biaya berdasarkan target/cakupan kegiatan perlu ditingkatkan, sehingga ketersediaan dana dapat disesuaikan dengan kebutuhan untuk pencapaian kegiatan. Untuk mendukung tercapainya derajat kesehatan yang optimal, penetapan anggaran

kesehatan perkapita dapat dijadikan suatu kebijakan yang mendasar, khususnya bila dialokasikan untuk kegiatan yang sifatnya pelayanan langsung kepada masyarakat.

## DAFTAR PUSTAKA

- Badan Litbang, 1999. Desentralisasi dan perubahan sistem kesehatan di Indonesia: suatu kajian deskriptif dan analitis. *Warta Litbang Kesehatan Vol 3 (2)*.
- Indonesia. Departemen Kesehatan, 2003. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor:1457/Menkes/SK/X/2003 tentang Standarsd Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota*. Jakarta.
- Indonesia. Departemen Kesehatan, 2006. *Rencana Strategis Departemen Kesehatan Tahun 2005–2009: Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 331/Menkes/SK/V/2006*. tentang Jakarta.
- Malik, R., 2005. Desentralisasi Penganggaran dan Pembiayaan Kesehatan di Daerah (Unpublished). Jakarta.
- Mulyani, SI, 2005. Peraturan Menteri Keuangan NO. 129/PMK.02/2005. Jakarta
- Pratono, Hari, 25 Oktober 2006. Balasan: [des-kes]: "what do you think about limited health financing in distict". [http://www.mail-archive.com/desentralisasi-kesehatan@yahoogroups.com/msg\\_00562.html](http://www.mail-archive.com/desentralisasi-kesehatan@yahoogroups.com/msg_00562.html).
- SMERU 2002 field report. Dampak Desentralisasi dan Otonomi Daerah Atas Kinerja Pelayanan Publik:Kasus Kota Bandar Lampung, Provinsi Lampung. <http://www.smeru.or.id/report/field/dampakotdalamung/dampakotdalamung.htm>
- Soewarta Kosen 2000. *Studi operasional Desentralisasi sektor kesehatan di kabupaten dan kota sesuai UU NO. 22 dan 25 Tahun 1999*. Surabaya: Pusat Penelitian dan Pengembangan Pelayanan dan Teknologi Kesehatan.
- Sunjaya K, 11 Juni 2006 Catatan hari ketiga. Seminar Desentralisasi Kesehatan. <http://www.mail-archive.com/desentralisasi-kesehatan@yahoogroups.com/>